

577

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE MERCREDI 26 JUILLET 1893, A 1 HEURE

PAR

Régulus CARLOTTI

ÉTUDE

SUR LA

CONTAGION DE LA PNEUMONIE

FRANCHE AIGÜE

Président : M. STRAUSS

Juges : { MM. REYNIER, CHAUFFARD,
GAUCHER, *agregés*

PARIS

IMPRIMERIE PAUL DUPONT

4, RUE DU BOULOI, 4

1893

377

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552014_0071

THÈSE
DOCTORAT EN MÉDECINE
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉTUDE
SUR LA
CONTAGION DE LA PNEUMONIE
FRANCHE AIGUË

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE MERCREDI 26 JUILLET 1893, A 1 HEURE

PAR

Régulus CARLOTTI

ÉTUDE

SUR LA

CONTAGION DE LA PNEUMONIE

FRANCHE AIGÜE

Président : M. STRAUSS

*Juges : { MM. REYNIER, CHAUFFARD,
GAUCHER, agrégés*

PARIS

IMPRIMERIE PAUL DUPONT

4, RUE DU BOULOI, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen :

M. BROUARDEL.

Professeurs

Anatomie.	MM.	FARABEUF.
Physiologie.		Ch. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS-DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale		N.
Hygiène.		POUCHET.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		LABOULENE.
		STRAUSS.
	{	SEE (G).
		POTAIN.
Clinique médicale.		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladies des enfants.		GRAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.		CHARCOT.
	{	HILLAUX.
		LEFORT.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique ophtalmologique		PARIAS.
Clinique d'accouchement.	{	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULT ET VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAU.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MÉNÉTRIÉR.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEYS.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des tra-	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	vaux anatomiques.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1879, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Au mois de mai dernier, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le docteur Gaucher, à l'hôpital Saint-Antoine, un cas probable de contagion de pneumonie par l'intermédiaire d'objets de literie.

Quelques mois auparavant, un malade de la même salle, atteint de pneumonie, avait communiqué cette maladie à un de ses voisins; l'un et l'autre avaient succombé à cette affection.

Ces deux faits furent rapprochés par M. Gaucher et c'est à lui que nous devons l'idée de ce travail.

Notre but est de montrer que la contagion de la pneumonie est sinon fréquente, du moins certaine dans quelques cas, et qu'en face d'un pneumonique, les mesures prophylactiques ne doivent jamais être négligées.

Après un court historique de la question, nous étudierons l'agent de contagé : le pneumocoque. Connaissant alors les caractères biologiques de ce microorganisme, nous pourrons aborder avec fruit la discussion des observations cliniques que nous avons pu rassembler. Nous rangerons ces observations sous deux chefs : dans les unes, en effet, la contagion s'est faite au cours d'une pneumonie, par contact plus ou moins direct et plus ou moins prolongé ; dans une seconde catégorie, d'autre part, l'intermédiaire d'une personne restée saine ou d'objets inertes ayant été en rapport avec des pneumoniques a été suffisant pour développer la maladie chez d'autres personnes.

Dans toutes ces observations, les sujets atteints d'une pneumonie ont donné une pneumonie ; mais, ainsi que le fait remarquer M. le docteur Boulay, la pneumonie ne doit pas être envisagée « comme une maladie à proprement parler, mais comme un syndrome faisant partie de la maladie pneumococcique » ; aussi n'avons-nous pas cru sortir de notre sujet en étudiant la contagion de la mère au fœtus et de la nourrice au nourrisson, quoique dans ces circonstances la pneumonie lobaire donne rarement naissance à une manifestation pulmonaire,

et que dans la grande majorité des cas l'on soit en présence d'une véritable infection pneumococcique.

Nous terminerons enfin par un exposé rapide des mesures prophylactiques que les faits cliniques et les travaux bactériologiques nous auront suggérées au cours de ce travail.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous prions M. le Professeur Strauss d'agréer l'hommage de notre gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de de notre Thèse.

Que M. le docteur Gaucher nous considère comme son reconnaissant obligé pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner et pour les indications qu'il a tout aimablement pris la peine de nous donner.

Tous les professeurs de la Faculté de Montpellier qui furent pendant longtemps nos maîtres ont droit à toute notre reconnaissance. Nous n'oublierons pas surtout la sympathie et la cordialité que nous avons toujours trouvé auprès de MM. les professeurs Grasset et Tédénat, ainsi qu'auprès de MM. les docteurs Sarda et Ducamp.

Nous prions M. Sergent, interne des hôpi-

taux, d'agréer nos remerciements pour l'empressement qu'il a mis à nous communiquer l'observation inédite reproduite dans le cours de ce travail.

Notre ami, M. Balli, externe des hôpitaux, nous a beaucoup aidé dans nos recherches ; nous l'en remercions sincèrement.

HISTORIQUE

Les anciens, et parmi eux Huxam et Hoffman, considéraient la pneumonie comme une maladie générale avec localisation élective sur le poumon. La fièvre était le fait dominant, la pneumonie le fait secondaire.

L'idée de contagion ne répugnait pas aux esprits qui avaient cette conception de la fièvre pneumonique. Il n'en fut pas de même, lorsque la grande Ecole anatomo-pathologiste de Paris crut pouvoir définir la pneumonie une phlegmasie franche et locale, en s'appuyant sur l'étude des lésions pulmonaires et sur les révélations de l'auscultation. Aussi Grisolle écrit-il dans son célèbre *Traité de la pneumonie* ;
« C'est encore pour s'expliquer l'extrême fréquence
« des pneumonies qui surviennent dans certaines
« circonstances, que les anciens avaient attribué un
« caractère contagieux à cette affection, opinion, qui
« émise aussi par un ou deux médecins de ce siècle,
« est tout à fait insoutenable et en complète opposi-
« tion avec les faits journellement observés. »

La nouvelle théorie de l'Ecole organicienne fut vite considérée comme un dogme et acceptée par la grande

partie du monde médical. Seule, l'Ecole de Montpellier résista et se constitua le défenseur de la conception de la fièvre pneumonique.

Bientôt les travaux importants de Traube, Jürgensen, Klebs en Allemagne, de Bernheim en France, amenèrent un grand revirement d'opinion en faveur des opinions professées par l'Ecole de Montpellier, et M. Grasset a pu dire, en résumant dans un article remarquable ce qui avait paru sur cette question de l'autre côté du Rhin : « c'est l'enseignement traditionnel de notre Ecole retrouvé, découvert en Allemagne. »

Tandis qu'en Allemagne et en France, on agitait de nouveau la question de la nature de la pneumonie, un médecin norvégien, Thorensen, un des premiers parmi les modernes qui aient parlé de la contagiosité de la pneumonie, publiait dans " British medico-surgical Review " (1872), trois observations à l'appui de son opinion. — En 1875, Winter Blyth, entre autres observations, publie les deux suivantes dans *The Lancet*.

I. — Un infirmier, atteint de pneumonie, reçoit les soins de sa nièce. Celle-ci contracte bientôt la même maladie et à son tour la transmet à son mari.

II. — Un vieillard, atteint de pneumonie reposait seulement sa tête sur la poitrine d'un de ses parents. Celui-ci fut bientôt atteint de pneumonie.

Quelque temps après le même journal publie l'observation suivante de Daly.

Dans une famille de neuf personnes, comprenant : le père, la mère, cinq enfants et deux bonnes, l'un des enfants

est pris de pneumonie, puis deux autres qui couchaient dans la même chambre, puis la mère qui les soignait et couchait alors dans leur chambre, enfin la mère de celle-ci venue pour la soigner.

Enfin Hardwiche, dans une lettre publiée par la *Gazette médicale de Paris* (1875), rapporte les faits suivants : « J'ai traité un pasteur qui était atteint de « pneumonie aiguë et qui était soigné pendant sa « maladie par un de ses parents. Ce parent fut atteint « de la même maladie et il la communiqua à un « autre parent. — Dans un autre cas, un vieillard, « sur le point de mourir de pneumonie, envoya cher- « cher quelques-uns de ses parents pour les voir « pour la dernière fois. Chacun de ses parents fut « ensuite atteint de la même maladie. » Ces cas isolés restèrent inaperçus et n'arrivèrent pas à s'imposer au public médical. — Jürgensen venait à peine de formuler la nouvelle théorie de la pneumonie, maladie générale et infectieuse.

Entre temps, les relations d'épidémies de pneumonie se multipliaient : épidémie de prison dans l'état de Kentucky (1874), — épidémie de ville observée par Bonnemaison à Toulouse (1875), — épidémie de village observée par Butry à Bécherbact (1876), — épidémie de Tregnano observée par Massalongo, etc... L'idée de contagion dans la pneumonie reparaissait dans les diverses relations de ces épidémies ; les découvertes microbiologiques qui suivirent bientôt la rendirent de plus en plus probable.

En 1877, Klebbs découvrait son « monas pulmonatis ». En 1881, Pasteur, le premier, décrit exacte-

ment le microcoque en 8 entouré d'un halo, qui se trouvait dans la salive d'enfants sains et qui, inoculé aux lapins, déterminait des pneumonies. Puis vinrent les travaux de Eberth et de Koch décrivant des microbes analogues au microcoque de Pasteur, l'un dans l'exsudat d'une méningite survenue au cours d'une pneumonie, l'autre dans les alvéoles d'un poumon hépatisé. Mais ce furent, en France, les recherches de M. Talamon (1883), puis en Allemagne, celles d'Albert Fraenkel (1884, 1886), qui fixèrent définitivement les caractères et surtout le rôle du pneumocoque dans la pneumonie.

Si les microbiologistes multipliaient leurs travaux, les cliniciens apportaient de nouvelles observations plus concluantes. Nous citerons la communication de Flindt au Congrès international des sciences médicales de Copenhague (1884 et surtout le remarquable mémoire de M. le docteur Netter dans les *Archives générales de médecine* (1888) ; c'est le premier travail d'ensemble paru en France sur ce sujet.

PREMIÈRE PARTIE

LE PNEUMOCOQUE

Le pneumocoque se présente sous l'aspect d'un microbe encapsulé, rappelant par sa forme élliptique un grain d'orge ou un fer de lance. — Ordinairement groupé par paire (diplocoque), il peut, dans certains cas, former de petites chaînettes composées de deux, trois ou quatre paires. — Il reste coloré par la méthode de Gram. La gélose est pour son étude un milieu de culture difficile ; et c'est encore par les inoculations aux souris que sa présence est le plus facilement décelée.

Tels sont les principaux caractères du pneumocoque, bien établis par Talamon, puis confirmés par Fraenkel.

Après eux, on ne s'accorda pas encore sur la spécificité constante du diplocoque lancéolé dans la pneumonie, ce qui s'explique par la diversité des modes d'investigations employés. Certains auteurs, en effet, tout en reconnaissant la présence habituelle du pneumocoque chez les pneumoniques, ne l'avaient pas rencontré dans toutes les pneumonies ; dans

certain cas, ils en avaient mêmes trouvé d'autres, et ils furent ainsi conduits à admettre la pluralité des microbes, causes de cette affection. Citons, à ce propos, Weichselbaum, qui, dans 129 cas de pneumonies, n'a trouvé que 94 fois le pneumocoque ; mais ses cultures ont été faites sur gélose, et, comme nous le disions plus haut, les résultats ainsi fournis sont loin d'être aussi sensibles que ceux de l'inoculation aux souris.

Un autre argument contre l'unité de cause dans la pneumonie, fut fourni par ce fait, que l'inoculation du bacille encapsulé de Friedlander donne naissance à de véritables pneumonies. Mais dans nombre de ces cas, c'est bien le microbe de Talamon-Fraenkel que l'on avait inoculé : la preuve nous en est fournie par les expérimentateurs eux-mêmes, qui, sous le nom de microbe de Friedlander ont décrit un microbe restant coloré par le procédé de Gram, caractère en contradiction absolue avec celui du pneumo-bacille. Gamaleia fait remarquer en outre, qu'en pratiquant des inoculations intrapulmonaires de bactériidies charbonneuses chez le chien, on peut faire contracter à cet animal une pneumonie ; ce n'est donc pas la lésion anatomique seule qui peut constituer une maladie spécifique ; il faut toujours faire intervenir l'ensemble des caractères étiologiques, anatomiques et cliniques.

Les travaux de médecine expérimentale, parus en ces dernières années, semblent par la concordance de leurs résultats, avoir enfin donné la solution du problème, et cela grâce aux progrès de la technique

bactériologique. C'est ainsi que Gamaleia (1888) sur douze autopsies de pneumonies prises au hasard et présentant des formes cliniques et anatomiques différentes, rencontre douze fois le pneumocoque. — Après lui, Goldemberg observe quarante pneumoniques et trouve quarante fois le pneumocoque. — Netter arrive au même résultat dans quatre-vingt deux cas. Plus récemment encore, les frères Klemperer notent vingt et une fois la présence du pneumocoque dans le suc retiré de vingt et un pneumoniques. — Des résultats identiques ont été fournis par les divers auteurs (Banti, Patella, Guarneri) qui se sont occupés de la question. Aussi l'influence du pneumocoque dans toute pneumonie doit-elle être considérée comme un fait acquis.

Mais ce n'est pas seulement chez les pneumoniques, que l'on a pu déceler la présence du pneumocoque, on l'a aussi trouvé dans la cavité buccopharyngée des sujets sains. En 1881, Pasteur, Roux et Chamberland l'avaient rencontré dans la salive d'un enfant mort de la rage. Sternberg, Fraenkel l'y signalèrent encore après eux. Netter enfin, dans un mémoire présenté en 1887, à la Société de biologie, établit par une série d'expériences, que non seulement le pneumocoque se trouve dans la salive de personnes n'ayant jamais eu de pneumonie dans la proportion de un cinquième des cas, mais que ce rapport est encore plus élevé dans la salive des sujets ayant déjà eu une pneumonie, où il l'a trouvé quatre fois sur cinq. On comprend l'importance de cette découverte au point de vue de la transmission

de la pneumonie dans une même famille au bout d'un certain laps de temps. Contentons-nous simplement ici d'enregistrer le fait ; nous verrons, après avoir cité quelques observations, de quelle façon on peut interpréter la longue incubation constatée dans certains de ces cas.

Nous venons de voir la présence du pneumocoque dans l'organisme en dehors de la pneumonie. Dans le cours de cette affection, ses localisations sont multiples, et il n'est pour ainsi dire pas d'organes, où sa présence n'ait été signalée surtout depuis les remarquables travaux de M. Netter sur les manifestations extra-pulmonaires du pneumocoque et depuis la thèse de M. Boulay sur les affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche.

Nous étudierons principalement les différents points suivants, qui seuls présentent quelque intérêt au point de vue de la contagion.

I. — Présence du pneumocoque dans les crachats. —
(Contagion chez l'adulte).

II. — Présence dans le sang et de là dans l'utérus. —
(Contagion chez le fœtus).

III. — Présence dans le lait. — (Contagion chez le nourrisson.)

I

PRÉSENCE DU PNEUMOCOQUE DANS LES CRACHATS

Non seulement le pneumocoque se trouve constamment dans l'expectoration pneumonique, ainsi

que le prouvent l'examen direct et les inoculations ; mais encore sa vitalité dans ce milieu est assez considérable. — Cette dernière propriété a été bien mise en lumière par les expériences de Foa et Bordoni-Uffreduzzi. Ces deux auteurs avaient déjà montré dans un travail sur la méningite cérébro-spinale épidémique, que le pneumocoque desséché entre deux verres de montre, à la température ambiante et loin de la lumière solaire, gardait toute sa virulence après quarante-cinq jours. Ils furent ainsi conduits à étudier cette virulence dans les crachats. Les résultats qu'ils obtinrent sont d'autant plus importants, qu'ils soumirent l'expectoration à la dessiccation et à la lumière diffuse, réalisant ainsi les conditions auxquelles se trouve exposé le pneumocoque disséminé dans le monde extérieur par les crachats. Des crachats pneumoniques ayant été exposés à l'air à une température de 15° à 21°, ils firent des inoculations à des lapins. Au bout de soixante jours les pneumocoques étaient encore virulents et les lapins mouraient rapidement des progrès de l'infection pneumonique.

Dans une autre expérience, Bordoni-Uffreduzzi soumet pendant douze heures à l'action directe des rayons solaires des crachats recueillis dans des mouchoirs pendant la période d'état d'une pneumonie ; il ne constate dans ce cas qu'une altération de virulence du pneumocoque, la mort ne survient, en effet, chez le lapin qu'au bout de huit jours.

Foa et Bordoni-Uffreduzzi estiment que cette vitalité dans les crachats est favorisée par la présence

des matériaux albumineux contenus dans l'expectoration, lesquels, en se desséchant, constituent un moyen de protection pour le diplocoque.

Rappelons encore que M. Netter, dans des expériences semblables, est arrivé à des résultats identiques, et, qu'ayant desséché des crachats pneumoniques à une température de 75° pendant six jours, il amena la mort d'une souris quarante-huit heures après son inoculation.

II

PRÉSENCE DU PNEUMOCOQUE DANS LE SANG

La présence et la vitalité du pneumocoque dans le sang ont fait l'objet des mêmes expériences que pour les crachats. Les conclusions de Foa et de Bordoni-Uffreduzzi à ce sujet, ainsi que celles de M. Netter, sont les mêmes que celles indiquées dans le chapitre précédent; il est donc inutile d'y revenir. Il n'est pas toujours possible, cependant, de décèler la présence du diplocoque dans cette humeur au cours de la pneumonie. Ce fait s'explique si l'on considère que l'homme doit être rangé parmi les animaux assez résistants à l'action du pneumocoque, puisque chez lui la mortalité est d'environ 10 0/0. Or l'expérimentation montre, que, chez un sujet inoculé, plus la réaction locale est intense, moins ce sujet est sensible au pneumocoque. Chez l'homme, où la réaction locale est le plus souvent le fait dominant, l'infection géné-

rale est donc relativement rare, et l'on comprend que le nombre des pneumocoques contenus dans le sang ne soient souvent pas assez considérables, pour qu'on puisse les y trouver. Quoiqu'il en soit, on en rencontre parfois; et ainsi charriés par le torrent circulatoire, ils sont portés dans les divers organes; aussi M. Netter a-t-il pu en trouver dans l'utérus. Le passage du pneumocoque à travers le placenta pendant la grossesse, doit donc être considéré comme très probable et c'est par cette voie que s'opère vraisemblablement la transmission de la mère au fœtus, ainsi que nous tâcherons de l'établir dans la suite.

III

PRÉSENCE DU PNEUMOCOQUE DANS LE LAIT

En 1888, Foa et Bordoni-Uffreduzzi, recherchant dans quels organes peut passer le pneumocoque, le trouvèrent dans le lait des lapines qu'ils avaient inoculées. Les recherches microscopiques leur montrèrent de plus, que les vaisseaux sanguins des seins maternels et les canaux galactophores contenaient un nombre considérable de diplocoques lancéolés, quoiqu'il n'y eût aucune réaction inflammatoire du voisinage.

Quelques mois après, Bozzolo, dans une communication à l'Académie de Turin, relate la présence de nombreuses colonies de pneumocoques dans le lait d'une femme atteinte de pneumonie.

Les faits expérimentaux et cliniques, rassemblés

par M. Aymard dans sa thèse inaugurale (1891), établissent enfin d'une manière définitive la présence du pneumocoque dans le lait et son rôle dans la contagion chez les nourrissons.

De cette étude sur le pneumocoque, il est permis de tirer les conclusions suivantes :

Le pneumocoque est la cause efficiente de toute pneumonie aiguë (Pneumonie franche aiguë des auteurs).

On le rencontre toujours dans les crachats et très souvent dans les diverses humeurs des pneumoniques.

Il conserve assez longtemps sa vitalité dans ces divers milieux, en dehors de l'organisme.

En possession de ces matériaux, nous pouvons aborder utilement l'étude clinique de la contagion dans la pneumonie, et discuter de quelle façon s'opère cette contagion.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE DE LA CONTAGION

CHAPITRE PREMIER

CONTAGION AU COURS D'UNE PNEUMONIE PAR CONTACT PLUS OU MOINS DIRECT, ET PLUS OU MOINS PROLONGÉ

La relation des nombreuses épidémies de pneumonie observées en tous temps ne suffit pas à prouver la contagiosité; les mêmes causes prédisposantes et occasionnelles peuvent avoir agi sur un grand nombre de personnes à la fois. Aussi écarterons-nous de prime abord ces observations trop compliquées et aborderons-nous de suite les cas les plus simples, où la contagion est pour ainsi dire indiscutable, ceux en un mot où il y a eu contact intime d'une personne saine avec un pneumonique.

OBS. I. — M. PROBY. (*Lyon Médical*, 1889.)

Marcellin M., 37 ans, entre le 19 décembre 1888 salle Saint-Augustin, n° 44.

Père et mère morts très âgés. Cet homme est robuste et a toujours en une bonne santé.

Depuis le 15, c'est-à-dire depuis quatre jours, il avait été appelé à remplacer, cours Lafayette, un garçon boulanger.

Le 15 décembre au soir, il a couché dans le même lit que ce garçon boulanger atteint de pneumonie depuis cinq jours et traité actuellement salle Saint-Augustin, n° 14. Il a passé les nuits du 16, 17 et 18 décembre dans ce lit, sans qu'on eût changé les draps. Dans la journée du 17, grand frisson, céphalagie intense, violent point de côté.

Le 19 décembre, dyspnée intense, point de côté toujours très pénible, toux fréquentes, crachats d'un chocolat clair semblables à ceux de son camarade n° 14, pommette gauche rouge, pouls mou et dépressible. Matité absolue à la base gauche, nombreux râles dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche en arrière, souffle tubaire à la partie moyenne.

Après une amélioration passagère, le poumon droit se prend le 26 décembre et le malade meurt dans l'adynamie le 30 décembre.

Pendant toute la durée de la maladie, la température avait été relativement peu élevée et s'était presque toujours maintenue vers 38° 4.

A l'autopsie : épanchement louche de un litre environ dans la plèvre gauche. Lobe inférieur gauche tassé, lobe inférieur droit turgide, ne s'affaissant pas sur la table. Hépatisation dans les 2 lobes supérieurs et en partie dans les lobes moyens. Rien au cœur. Foie mou, congestionné, friable, présentant tous les caractères du foie infectieux. Rate diffluente, reins volumineux.

Le 1^{er} malade était sorti guéri de l'hôpital le 28 décembre, douze jours après son entrée.

OBS. II. — M. PROBY. (*Lyon Médical*, 1889).

Manon J., 18 ans, garçon boulanger, entre le 22 décembre 1888 salle Saint-Augustin, n° 36.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Depuis deux mois environ toutefois, le malade toussait un peu, mais il ne crachait pas et pouvait faire son travail sans fatigue.

Le 18 décembre, il remplace, dans un quartier éloigné de celui qu'il habitait, un garçon boulanger qui allait entrer à l'hôpital, où il est soigné actuellement pour une

pneumonie, n° 44, de la salle Saint-Augustin. Il passe la nuit du 18 dans le même lit que son camarade déjà malade. On ne change les draps que le lendemain.

20 décembre : céphalalgie intense, grand frisson. Manon J. doit s'aliter. Bientôt point de côté dans la région sous-mammaire gauche, toux, crachats d'un jaune sucre d'orge.

22 décembre : céphalalgie persiste, prostration. Râles sous-crépitaux en arrière et à droite, respiration bruyante à gauche.

26 décembre : souffle tubaire typique à gauche, plus intense à droite, râles plus fins et plus nombreux.

28 décembre : chute de la température, les râles diminuent. Le malade sort guéri après une assez longue convalescence.

Ces deux observations présentent un intérêt considérable pour l'histoire de la contagion. Dans l'un et l'autre cas, un sujet sain partage le lit d'un pneumonique (il y a par conséquent contact intime et prolongé) et chaque fois survient une pneumonie chez la personne bien portante.

Le froid ne peut être invoqué comme cause de l'affection. Sans doute, les boulangers y sont souvent exposés; mais on sait actuellement que la valeur étiologique du refroidissement doit être bien limitée, et que si, dans certains cas, son action semble évidente, ce n'est qu'indirectement par les troubles qu'il peut provoquer chez un sujet déjà porteur du pneumocoque. Si l'on considère de plus, que le 15 décembre Marcellin M. couche avec son camarade atteint de pneumonie, que le 18 Manon J. partage le lit de Marcellin M. déjà malade depuis le 17 et que le 20 décembre Manon J. est atteint à son

tour, on est forcé de repousser cette hypothèse du refroidissement intervenant à deux reprises différentes et en si peu de temps, alors que Grisolle sur 205 cas de pneumonies dit ne l'avoir rencontré que 45 fois.

La contagion dans ces deux cas ne peut donc pas être mise en doute, mais il n'est pas sans intérêt de rechercher dans quelle mesure, les causes occasionnelles ou prédisposantes ont pu la favoriser.

De par sa profession, le boulanger respire constamment des poussières, les voies respiratoires fatiguées, lésées par ce contact incessant, doivent ainsi présenter un terrain tout prêt à se laisser envahir par le pneumocoque; ce qui confirme cette supposition, c'est que chez Manon (J.) cette fatigue professionnelle était plus accusée, puisqu'il toussait un peu depuis deux mois; or chez lui l'incubation n'a été que de 36 heures, tandis que chez son camarade elle a été de 48 heures. Il est possible que la plus courte durée de l'incubation soit liée dans ce cas au mauvais état des voies respiratoires.

Il existe dans la science d'autres exemples de contagion de la pneumonie chez deux personnes ayant partagé le même lit; nous signalerons simplement les trois observations suivantes :

OBS. III. — SHROTER, (*Wurtembergische Correspondenz-Blatt!* 1888.)

Un valet de ferme, âgé de 24 ans, habitant Liebenzall, fut atteint au mois d'octobre 1857 d'un rhumatisme articulaire aigu. Au bout de six semaines il entra en convalescence et était autorisé à passer hors du lit quelques heures de la journée.

A ce moment on ramène auprès de lui son père, âgé de

62 ans et atteint d'une pneumonie gauche. A partir de ce jour, ils couchèrent tous les deux dans le même lit.

Le père guérit.

Huit jours après l'arrivée du père, le fils, qui n'avait pas encore quitté la chambre, se sent mal à l'aise, il frissonne, se plaint de mal de tête. Les jours suivants il accuse un point de côté. Il tousse et rejette des crachats sanglants. Il a de la fièvre avec délire, et l'examen de la poitrine fait reconnaître tous les signes physiques d'une pneumonie droite qui met quinze jours à guérir.

OBS. IV. — RIESEL.(NETTER. *Arch. gen. Med.* 1888.)

Un ouvrier d'Oldershansen est pris le 31 janvier d'une pneumonie relativement bénigne. Il est très inquiet et ne dort pas du tout la nuit. Pour le rassurer sa femme passe la nuit du 4 au 5 février dans le même lit. Le 5 février elle est atteinte de pneumonie.

OBS. V. — FLINDT. (*Idem.*)

Une fillette âgée de 7 ans et demi est atteinte de pneumonie, le 7 février au soir. Le 9 février à midi, la même maladie éclate chez sa petite sœur âgée de 2 ans et demi qui couche dans le même lit. Le 13 février un troisième cas de pneumonie survient chez une autre sœur. Cette dernière qui n'habitait pas la même chambre que les précédentes était atteinte depuis quelques jours de catarrhe bronchique.

Cette dernière observation nous montre combien le contact intime et prolongé est un facteur important dans la propagation de la pneumonie.

Des deux sœurs contagionnées l'une couchait dans le même lit que la pneumonique, elle fut atteinte de la même maladie au bout d'un jour trois quarts; l'autre couchait dans une chambre voisine, l'incubation a été de quatre jours, et pourtant le catarrhe

bronchique, qu'elle présentait depuis quelques semaines, semblait la mettre dans un état de réceptivité plus grande.

Flindt rapporte encore un autre cas, dans lequel le contact, tout en ayant été intime, a été moins prolongé et où la pneumonie s'est montrée contagieuse.

OBS. VI. — FLINDT. (NETTER. *Arch. gen. med.*, 1888.)

Dans le village de Brundby, une petite fille âgée de 3 ans va voir un pneumonique le 5 et le 6 octobre 1883. Cette fillette, qui habitait une maison située dans un autre quartier du même village, joue plusieurs heures dans la chambre du malade; elle repose même quelques instants à côté de lui.

Le 7 octobre au soir, deux jours et demi après sa première visite, elle est atteinte de pneumonie.

Signalons encore trois autres observations fort semblables à la précédente quoiqu'il n'y ait pas eu de contact dans le même lit.

OBS. VII. — MULLER (*Arch. Klin. Med.* 1877).

Dans une famille, la maladie se déclare d'abord chez la mère, âgée de 53 ans, le 25 novembre 1870. Le père, âgé de 64 ans, est pris le 6 décembre. Le 7 décembre, le fils, âgé de 18 ans est pris à son tour. Du 5 au 7 décembre, début de la pneumonie chez une jeune fille, qui est en service dans une autre maison, mais a passé quelques jours auprès de la mère. Enfin le 10 décembre, dernier cas chez un enfant de 5 ans qui habite au dehors, mais est venu, à diverses reprises, voir ses parents malades.

Chez tous, la pneumonie se termina par la guérison, mais elle fut grave, accompagnée de grandes prostrations et compliquée une fois de pleurésie, une autre fois d'endocardite.

OBS. VIII. — BUTRY (*Arch. Klin. Med.* 1881).

Dans un moulin tout à fait isolé, on ramène le fils du meunier, qui, dans une autre maison où il servait, avait contracté une pneumonie double.

La même maladie frappe successivement son père, sa mère et un de ses neveux.

OBS. IX. D^r SEGLAS. (NETTER. *Arch. gen. med.*, 1888.)

M^{me} M..., âgé de 62 ans, diabétique, a une première pneumonie en 1887. Le 10 janvier 1888, elle est exposée à un refroidissement. Le 14, elle ressent un frisson violent, et, le 15, on constate tous les signes d'une pneumonie, qui entraîne la mort le 19.

M^{lle} M..., sa fille, âgée de 26 ans, qui a soigné sa mère pendant tout le cours de la maladie, et qui n'a pas quitté un seul jour l'appartement depuis le 14, est prise le 21 janvier d'un frisson. Le 23, on constate l'existence d'une pneumonie accompagnée d'un état adynamique extrêmement marqué et compliqué d'albuminurie très abondante. Elle meurt le 27 à quatre heures du matin.

Dans d'autres circonstances, le contact a été de plus courté durée encore : une simple visite à un pneumonique a suffi pour qu'il y eût contagion.

OBS. X. — FLINDT. (*Idem.*)

Une jeune fille, âgée de 19 ans, est prise de pneumonie le 4 juillet à 4 heures du matin. Elle habite, à Orby, une maison dans laquelle depuis six ans au moins il n'y a pas eu de pneumonie.

Dans l'après-midi du 2 juillet, cette fille a passé quelques heures dans une maison de Brundby, où se trouvait une petite fille malade depuis le 21 juin.

OBS. XI. — FLINDT. (*Idem.*)

Une petite fille, âgée de 4 ans, habitant à Trajneberg une maison saine, dans laquelle il n'y a pas eu de pneu-

monie depuis six ans, au moins, est prise de pneumonie dans la soirée du 1^{er} juin 1882.

Le 30 mai, elle a fait dans l'après-midi, avec sa grand-mère, une visite à une famille de Pilemark dont le chef a une pneumonie depuis le 27 mai.

Elle n'a été en rapport avec aucune autre famille comprenant des pneumoniques.

Avant cette visite, l'enfant n'avait pas quitté la maison depuis quatre semaines.

Les cas de contagion, observés principalement dans les hôpitaux, nous montrent que le contage pneumonique est susceptible d'une certaine diffusibilité. L'observation, inédite, que nous devons à l'obligeance de M. Sergent est très démonstrative à ce sujet.

OBS. XII (inédite) communiquée par M. Sergent interne des hôpitaux.

1^o Leprince, 49 ans, peintre, entre le 21 janvier 1893 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Gaucher, salle Marjolin, n^o 17, pour un malaise général datant de dix à douze jours.

Le soir de son entrée, il se plaint d'un point de côté siégeant à droite; il éprouve de la gêne à respirer — le thermomètre dans l'aisselle marque 39° — faciès pneumonique.

On trouve du souffle bronchique et des râles crépitants dans le lobe supérieur droit; on constate de la congestion à la base droite et dans presque tout le poumon gauche.

Les crachats sont visqueux, adhérent au vase et contiennent de nombreux pneumocoques.

Les jours suivants, l'état s'aggrave, le foyer s'étend, et le malade meurt le 28 janvier, malgré le traitement énergique institué (vésicatoire, ventouses scarifiées, saignée, enveloppement dans un drap mouillé pendant deux heures.

2° Lavrut (Alexandre), 52 ans, marbrier, occupe, depuis le 20 janvier, le n° 18 de la salle Marjolin. Il ne présentait, à son entrée, qu'un léger emphysème et était considéré comme peu malade.

27 janvier. — A la visite du matin, il se plaint d'avoir passé une mauvaise nuit; il a de l'oppression et accuse des frissons. Le 27, au soir, il est dans le même état; température 37°,8.

28 janvier. — Le matin il est plus mal, on constate une dyspnée extrême, du stertor et de l'adynamie. — Température 38°,2. — A l'auscultation, on trouve un foyer de pneumonie au lobe supérieur droit, du souffle tubaire sous la clavicule, dans l'aisselle et dans les régions sus et sous-épineuse.

Saignée immédiate. — Mort à 5 h. 1 2.

Autopsie.

N° 17. — Dans le poumon droit, on trouve un vaste foyer d'hépatisation grise occupant tout le lobe supérieur. Des fausses membranes de couleur jaunâtre et de formation récente le recouvrent dans sa totalité. La grande cavité pleurale contient quelques grammes de liquide louche. Le lobe inférieur est aussi hépatisé, mais pas d'une manière uniforme : il est le siège d'une broncho-pneumonie pseudo-lo-

baire, ainsi que le prouvent les flots marbrés. La pression fait sourdre des bronches dilatées un liquide purulent, légèrement spumeux. Pas de fausses membranes sur ce lobe inférieur.

Le poumon gauche présente de l'emphysème et de la congestion.

Le péricarde est tapissé de fausses membranes, surtout vers la base du cœur et contient environ un verre ordinaire de liquide louche, presque purulent.

Le cœur, en diastole, est pâle et mou. L'endocarde est dépoli sur la face gauche de la cloison interventriculaire.

Intestin congestionné.

Foie mou, rappelant le type du foie infectieux et présentant, sur sa face convexe, deux ou trois îlots jaunâtres en dégénérescence.

Rate petite, molle; pulpe violacée.

Reins, petits, blancs. Décortication assez facile, arrachement en certains points. Deux ou trois petits kystes de la grosseur d'une tête d'épingle. Surface de section décolorée; trainées rouges formées par les vaisseaux se détachant sur le fond blanc.

N° 18. — Poumon droit présente hépatisation grise typique, dans toute son étendue. Il est recouvert dans sa partie antéro-supérieure par des fausses membranes toutes récentes; dans leur épaisseur, on trouve de petites poches remplies de liquide louche presque purulent.

Le poumon gauche présente de l'emphysème et une congestion intense.

Le péricarde, quoique dépoli, ne présente pas de fausses membranes. Il contient plus de liquide que celui du n° 17, mais ce liquide est presque limpide.

Intestin congestionné.

Foie analogue à celui du n° 17, avec les îlots de dégénérescence en moins.

Rate petite, très molle, très violacée.

Reins semblables à ceux du n° 17.

Examens bactériologiques. — Préparations directes

1° Avec le liquide recueilli dans les fausses membranes pleurales;

2° Avec le liquide contenu dans le péricarde;

3° Avec le sang puisé dans le cœur et dans la veine cave.

Dans tous ces cas et chez les deux sujets, on constate la présence du pneumocoque de Talamon en plus ou moins grande abondance.

On ne trouve pas d'autres microbes.

INOCULATIONS.

Toutes les souris blanches inoculées sont mortes en moins de 24 heures.

N° 17. — a). Souris inoculée avec le sang du cœur.

La préparation du sang du cœur de cette souris ne contient que des pneumocoques en grande abondance.

b). Souris inoculée avec le liquide des fausses membranes pleurales.

Les préparations contiennent des pneumocoques et pas autre chose.

N° 18. — Les inoculations faites dans les mêmes conditions avec le sang ou le liquide louche du n° 18, donnent les mêmes résultats.

Les souris, qui avaient été inoculées dans le péritoine, présentent les lésions classiques qu'on trouve dans ces cas.

CULTURES

Trois tubes ont étéensemencés : 2 tubes d'agar-agar.

a). Avec le sang du cœur de la souris inoculée avec le sang du cœur du n° 17.

b). Avec le sang du cœur de la souris inoculée avec le sang du cœur du n° 18.

1 tube de bouillon.

Avec le liquide péritonéal de la souris inoculée avec le liquide pleural du n° 17.

La culture des tubes confirme les divers examens déjà faits.

Les observations suivantes de contagion dans une salle d'hôpital offrent une grande analogie avec la précédente, c'est ce qui nous conduit à les citer dès maintenant.

OBS. XIII. — BESANÇON. (NETTER. *Arch, gen. med.*, 1888.)

V..., âgé de 32 ans, atteint depuis 5 ans de diabète maigre, entre le 1^{er} octobre 1887 dans le service de M. le professeur Proust, à l'Hôtel-Dieu. Son diabète est grave et dès

le milieu du mois, l'urine donne avec le perchlorure la réaction de l'acétonurie.

Le 3 novembre, on constate chez ce malade à la base du poumon droit du souffle et des râles crépitants. La température est sensiblement plus élevée que celle des jours précédents.

Il meurt le 4 novembre à 4 heures du matin.

A l'autopsie : hépatisation rouge du lobe inférieur droit, avec îlots rougeâtres, gris et marbrures hémorragiques.

L'examen direct et les cultures montrent la présence exclusive des pneumocoques dans le foyer hépatisé.

Il était couché au lit n° 9 de la salle Saint-Thomas. Ce lit est situé dans une petite chambre de 8 lits. Il n'était entré dans cette chambre aucun pneumocoque depuis le mois de juillet; mais le 29 octobre on couchait au n° 8, dans le lit contigu à celui de V..., un vieillard de 70 ans, entré au 6^{me} jour d'une pneumonie du sommet gauche, terminée par guérison le 2 novembre.

OBS. XIV. — SECRÉTAN. (*Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 1885.)

Au lit n° 3 de la salle F., était couché, depuis le 4 juin, un phthisique avancé nommé G.... Le poumon gauche était surtout malade : son lobe supérieur était infiltré et offrait des phénomènes amphoriques très nets. Le sommet droit n'était pas indemne non plus, et présentait de nombreux râles. Le pronostic était absolument fatal, sans toutefois l'être à bref délai, car les forces étaient encore assez bien conservées.

Le 21 juin, entre dans le service, un nommé Ch., voiturier ambulant, atteint de pneumonie aiguë du lobe inférieur gauche, avec un degré très avancé d'adynamie. Il est placé dans le lit n° 1 de la salle F, voisin médial, par conséquent, de G. Il meurt le 23 juin dans l'après-midi et l'autopsie confirme le diagnostic.

Le 27, notre premier malade prend une forte fièvre. Il a 39° 1; il avait, jusqu'alors, une fièvre hectique avec exacerbations vespérales.

Le lendemain 28, il survient du délire, puis une expectoration franchement pneumonique.

Le 29 au matin, à la visite, on constate une infiltration très nette du lobe inférieur gauche : souffle bronchique, vibrations conservées, râles douteux.

Il mourut dans l'après-midi du même jour, et l'autopsie révéla, outre la tuberculose pulmonaire, la pneumonie fibrineuse diagnostiquée pendant la vie.

OBS. XV. — MÉRY. (NETTER. *Arch. gen. Med.*, 1888.)

Le nommé D... Jacques, est couché au n° 13 de la salle Rostan depuis le 17 juin 1887, pour une fièvre typhoïde de moyenne intensité.

Le 8 juillet, rechute après 3 jours d'apyrexie.

Le 18, il est pris d'un frisson violent, qui se reproduit le 19. Le 20, on constate une pneumonie du sommet droit. Il meurt le 24. A l'autopsie : hépatisation complète du lobe supérieur droit.

Au lit n° 9 de cette salle, séparé par un intervalle de 3 lits, a été couché du 13 au 19 juillet, le nommé Simonin Etienne, atteint d'une pneumonie gauche, terminée par la mort.

En 1886, M. Lancereaux a eu l'occasion d'observer des cas semblables de contagion dans une salle basse et mal aérée de l'hôpital de la Pitié. Un certain nombre de chroniques, depuis longtemps à l'hôpital, succombèrent à des pneumonies, au moment où l'on soignait dans la salle des pneumoniques venus du dehors.

Dans ces derniers cas, la contagion s'est faite à distance. Le contact entre la personne contagionnée et le pneumonique n'a pas été immédiat : il y a donc eu diffusibilité de l'agent contagieux. Mais cette diffusibilité semble bien minime ; presque toujours, en effet, c'est un malade, occupant le lit voisin, qui est contagionné et nous n'avons pu trouver d'exemples de contagion à plus de trois lits de distance.

Quel a été le véhicule du contagé ? Le problème est assez difficile à résoudre. Des objets ont pu être échangés, les malades ont pu cracher dans leur linge et, par suite de la dessiccation, les pneumocoques sont pu être transportés avec les diverses poussières ; une tierce personne enfin a pu transporter le germe d'un lit à un autre. Cette dernière supposition semble toutefois devoir être écartée, car, ainsi que nous le faisons remarquer plus haut, la contagion ne s'est jamais exercée au delà de trois lits ; aussi les deux autres hypothèses sont-elles plus séduisantes, la seconde surtout, étant donnée la résistance du pneumocoque à la dessiccation. Mais ce ne sont là que des hypothèses et il n'est pas permis d'affirmer la véritable cause de la contagion ; quoi qu'il en soit, celle-ci n'est pas douteuse et nous montre de combien de précautions l'on doit s'entourer en pareils cas.

Faisons remarquer encore que, dans toutes ces observations, les gens contagionnés étaient déjà affaiblis par des maladies antérieures : tantôt c'est un diabétique ; tantôt c'est un tuberculeux ; dans l'observation de Méry, c'est un typhique en convalescence ; dans celle de M. Sergent, c'est un malade déjà atteint du côté des voies respiratoires. Partout, en un mot, nous trouvons des causes prédisposantes. Les sujets étaient en état de moindre résistance, et c'est ce qui nous explique la marche foudroyante observée dans certains de ces cas, ainsi que les allures insolites que revêt parfois l'affection.

Si nous rapprochons, à ce propos, l'observation que nous avons publiée (n° XII), de celle que nous avons

empruntée à M. Proby, nous sommes frappés de la prédominance des phénomènes nerveux et de la marche de la température, si peu en rapport avec les symptômes graves que l'on observe : c'est ainsi que dans l'observation Proby (n° I), la température se maintient vers 38°5; dans celle de M. Sergent (cas de Lavrut), la température n'est que de 37°8 le 27 janvier, alors que les symptômes fonctionnels sont très accusés; le lendemain, jour de la mort, elle ne dépasse pas 38°2, le matin. Dans l'observation XIII, enfin, le thermomètre marque 37°6 ou 37°8, et cependant les signes pneumoniques sont à leur apogée.

CHAPITRE II

CONTAGION A DISTANCE PAR L'INTERMÉDIAIRE D'OBJETS
INERTES AYANT ÉTÉ EN RAPPORT AVEC DES PNEU-
MONIQUES OU PAR UNE TIERCE PERSONNE RESTÉE
SAINE.

OBS. XVI. — (*Personnelle*) recueillie dans le service de M. Gaucher.

T... F., âgé de 44 ans, gardien de la paix, entre le 3 mai à l'hôpital Saint-Antoine, pour une sciatique double.

Tous les lits de la salle Marjolin étant occupés, on le place sur un brancard.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : bonne santé antérieure ; depuis quelque temps, adénite cervicale et sous-maxillaire du côté droit, déjà opérée. Jamais de pneumonie.

Actuellement, sciatique double. — Traitement : siphonage, antipyrine. — N'obtenant aucune amélioration, on ordonne des bains de vapeur, que le malade va prendre dans un corps de bâtiment autre que celui où se trouve la salle Marjolin.

Le 7 mai, M. L..., occupant le lit n° 13 de la salle Marjolin, sort guéri d'une pneumonie fibrineuse

aiguë. — On donne le n° 13 à T... F., après avoir changé les draps, mais sans avoir désinfecté la literie.

30 mai. — T... F., éprouve de la fatigue et du malaise général dans la soirée.

31 mai. — Immédiatement après la visite, il est pris d'un grand frisson. Le thermomètre placé dans l'aisselle, marque 40°3.

On donne 0^{gr},60 de sulfate de quinine.

1^{er} juin. — Adénite très douloureuse, augmentée de volume. Point de côté violent dans la région sous-mammaire gauche; rien à l'auscultation.

Traitement : Pommade à l'iodure de potassium, sirop iodo-tannique, ventouses sèches.

2 juin. — Teinte subictérique; dyspnée intense; langue sèche; crachats visqueux, rouillés, homogènes; diarrhée. — Matité à la partie moyenne du poumon gauche en arrière; respiration soufflante et râles crépitants à ce niveau.

Traitement : Sulfate de quinine, 1 gramme; caféine, 0^{gr},75, Todd; vésicatoire.

3 juin. — La tuméfaction du cou a un peu diminué; mais la respiration est toujours gênée et le malade est dans un état de prostration très accusé. Même traitement; on fait, de plus, une piqûre d'éther dans la matinée. Le soir le malade présente un peu de délire.

4 juin. — Dyspnée très vive, le malade parle très difficilement. Mort dans l'après-midi.

A l'autopsie : Hépatisation rouge caractéristique des deux bases. Foie mou, volumineux, présentant

tous les caractères du foie infectieux. Reins atteints de néphrite infectieuse.

(Dans l'obs. XII, on ne s'était pas seulement contenté de désinfecter les deux lits et le parquet, M. Gaucher avait exigé que l'on repeignît aussi la partie du mur dans le voisinage des lits. La pneumonie de M. L... ayant présenté une forme tout à fait bénigne, la surveillante n'avait pas cru nécessaire de recourir à une désinfection aussi complète du lit n° 13.)

Des renseignements que nous avons pu recueillir, il résulte que T... F., après son dernier bain de vapeur, est resté quelques instants dans la cour et y a fumé une cigarette. Le refroidissement, qu'il a pu contracter en cette occasion, a favorisé sans doute l'apparition de la maladie. Toutefois, nous ne pensons pas que la présence antérieure d'un pneumonique dans le lit n° 13 doive être écartée dans l'étiologie de cette observation. L'étude bactériologique, que nous avons faite dans un précédent chapitre, nous a montré, d'une part, la longue vitalité du pneumocoque; d'autre part, la présence de ce microorganisme dans la salive de sujets sains. Or, dans la circonstance actuelle, le lit n° 13 n'a pas été désinfecté; des pneumocoques de M. L... ont donc pu y séjourner. Dans des conditions analogues, Bordoni-Uffreduzzi a observé la virulence du diplocoque au bout de soixante jours; une période d'incubation de vingt-trois jours n'est donc pas un argument contraire à l'idée de la contagion à distance de T... F. par M. L... Mais il est probable que les pneumocoques n'ont pas attendu si longtemps pour se développer; on en au-

rait vraisemblablement trouvé dans la salive de T. . F., depuis qu'il occupait le lit n° 13 et il est rationnel d'admettre ici la contagion à distance; le refroidissement, que nous avons signalé, n'ayant agi que comme cause occasionnelle dans l'apparition de la pneumonie.

Il existe d'ailleurs des cas, où la contagion à distance, par objets de pneumoniques, s'est effectuée sans le concours du refroidissement.

OBS. XVII. — MENDELSON. (NETTER. *Arch. gen, Med.*, 1888.)

A la clinique de la Charité (Berlin), un typhoïsant, à peu près guéri, était couché dans le voisinage d'une fenêtre. On le déplaça pour lui donner un autre lit de la même salle.

Quelques jours plus tard la fièvre s'allume; il a de la matité à la base du poumon droit. Huit jours plus tard, il meurt, et l'on constate à l'autopsie une pneumonie du lobe inférieur droit.

Dans le lit que ce malade était venu occuper, avait été couché jusqu'à ce jour un malade qui avait eu une pneumonie grave, et que l'on avait fait passer dans une salle réservée aux convalescents.

On n'avait changé que les draps du lit.

OBS. XVIII. — HERR. (*Idem.*)

Dans une maison de Wetzlar, un homme, habitant le rez-de-chaussée fut atteint de pneumonie, terminée par guérison. — Quinze jours après, survint une autre pneumonie dans la famille habitant le premier étage. Cette fois la pneumonie fut suivie de mort. — La famille ainsi éprouvée quitta l'appartement, dans lequel une nouvelle famille emménagea cinq semaines plus tard. — Au bout de 8 jours, un membre de cette famille fut pris de pneumonie; c'était une femme, dont le lit était placé dans

l'alcôve, où se trouvait auparavant le lit de la personne décédée.

OBS. XIX. — FLINDT. (NETTER. *Arch. gén. méd.* 1888.)

Dans le village de Torup, un homme âgé de 47 ans contracte une pneumonie le 4 mai 1883 et meurt le 9 mai. — La sœur de cet homme habite, avec son mari et un enfant adoptif, une maisonnette isolée, distante de deux kilomètres. — Cette femme, le jour de la mort de son frère, prête à sa belle-sœur quelques draps et quelques couvertures de laine. — Quatre semaines plus tard, elle revient chercher ces effets, dont quelques-uns avaient servi à recouvrir le corps du défunt; les draps ne furent pas lavés et furent employés pour le lit de l'enfant adoptif, âgé de 5 ans. — Le 10 juin, cet enfant fut atteint de pneumonie; il n'avait pas quitté la maison de ses parents nourriciers depuis au moins trois semaines.

OBS. XX. — FLINDT. (*Idem.*)

Le 3 avril, une petite fille âgée d'un an et demi, est prise de pneumonie à Trajneberg. — Elle n'a jamais été en rapport avec des pneumoniques. — Depuis 8 ans au moins, on n'en a observé ni dans la maison, ni dans le voisinage. — Le père de cet enfant est tapissier, et on l'a chargé de réparer un vieux fauteuil qui appartient à une personne convalescente de pneumonie et sur lequel, ladite personne s'asseyait fréquemment. — La pneumonie de l'enfant éclatait trois jours après l'introduction de ce fauteuil dans la maison du tapissier.

Nous voyons, par ce qui précède, que la contagion peut se faire par des objets de literie, des meubles ou des vêtements; dans les observations suivantes, le véhicule du contagé a été une tierce personne restée saine.

OBS. XXI. — FLINDT. (*Idem.*)

Dans une ferme absolument isolée, une petite fille âgée de 2 ans est prise de pneumonie le 28 février 1882. — Ja-

mais cet enfant n'est sortie de la ferme et n'a été en rapport avec des pneumoniques. Ses parents, de leur côté, n'ont pas quitté la ferme depuis plusieurs semaines. — Mais tous les jours, vient, dans cette ferme, un chauffeur, dont le fils a une pneumonie depuis le 23 février. — L'enfant pénétrait dans la pièce et jouait régulièrement avec lui.

OBS. XXII. — FLINDT. (*Arch. gén. méd.*, 1888.)

Le 2 mars 1882, une petite fille, âgée de 3 ans, est prise de pneumonie. — Depuis 2 mois, elle n'a pas quitté la maison. — Son père, bûcheron, se rend tous les jours à la forêt; à l'aller comme au retour, il a l'habitude de s'arrêter dans la maison d'un de ses camarades, dont la fille a une pneumonie depuis le 21 février.

OBS. XXIII. — FLINDT. (*Idem.*)

Une femme, âgée de 51 ans est atteinte de pneumonie le 2 février 1883. — Depuis 4 semaines, elle n'a fait aucune visite et sa seule sortie remonte à quinze jours, date à laquelle elle s'est rendue à l'église. — La fille de cette femme est en service dans un village voisin, et sa maîtresse a eu une pneumonie le 20 janvier 1883. Cette fille, qui n'a jamais été malade, n'a pas cessé de rendre des visites à sa mère et a passé quelques nuits dans sa maison.

Ces exemples de contagion à distance, par objets inertes ou par tierce personne restée saine, nous expliquent certaines particularités observées au cours des diverses épidémies de pneumonies.

C'est ainsi que, dans l'épidémie de Becherbach, Butry fait remarquer qu'il n'y a qu'un petit nombre seulement, de familles prises et que ce sont les parents et les voisins des premiers individus atteints, qui sont frappés de préférence.

Dans l'épidémie, décrite par Massalongo, à Treg-

nano (1883), nous voyons que le foyer est d'abord circonscrit à un petit nombre de maisons, dans chacune desquelles, trois ou cinq personnes en moyenne, sont prises simultanément; de là, la maladie se propage pour ainsi dire, de porte en porte.

Considérant, maintenant, les épidémies de pneumonies, qui coïncident avec celles de grippe, nous remarquons, avec M. Bouchard, qu'après la disparition de cette dernière maladie, les pneumonies se transmettent encore d'emblée comme pneumonies, sans être précédées des manifestations habituelles de la grippe. — Nous sommes alors portés à admettre que, dans ces cas, la cause primordiale de l'épidémie a été une auto-infection par le pneumocoque (hôte fréquent de la salive), dont la virulence a pu être exaltée par la présence d'autres associations microbiennes, et qui a trouvé un terrain tout préparé par l'épidémie antérieure. Mais, si le pneumocoque a été l'agent de développement de l'épidémie par auto-infection, il semble en avoir été aussi l'agent de propagation par contagion.

Les faits de contagion abondent du reste pendant les épidémies et contribuent à confirmer cette hypothèse. Nous nous contenterons de signaler le cas suivant qui est un des plus caractéristiques. Au cours d'une épidémie, qui sévit dans la prison de Moringen (Hanovre), Kühn contagionne sa petite-fille, qui vient l'embrasser et se pendre à son cou à sa rentrée de la prison (contagion par une tierce personne restée saine). Le cocher, qui brosse ses vêtements, est atteint de pneumonie (contagion par objets

mertes). Pendant la maladie du cocher, une bonne, brosse les vêtements de son maître; elle tombe malade à son tour. Une jeune fille, qui remplace la bonne prend une pneumonie. Pendant ce temps, la première servante, envoyée en convalescence à la campagne avec quelques vêtements qui lui avaient servi pendant sa maladie, transmet l'affection à une de ses sœurs, dont elle partage le lit.

Les épidémies de famille sont, en tous points, comparables à ces dernières observations et c'est parce qu'elles rentrent dans le cadre de l'histoire de la contagion, plutôt que dans celui des épidémies, que nous avons jugé bon de les signaler.

Elles sont de plus une nouvelle preuve de la longue durée de la virulence du pneumocoque.

OBS. XXIV. — RIESELL. (NETTER. *Arch. gén. méd.*, 1888.)

Un homme qui a présenté plusieurs pneumonies, succombe à une dernière attaque. — Il avait 3 fils. — De 1877 à 1879 chacun de ses fils a une pneumonie, ainsi que deux de leurs enfants. — En janvier 1881, un de ses fils meurt de pneumonie, un second en avril 1881. — Durant l'année 1881, même maladie chez le fils du premier décédé, ainsi que chez un enfant du fils resté vivant.

OBS. XXV. — RIESELL. (*Idem.*)

Le chef d'une famille est mort de pneumonie; sa femme a eu la même maladie, l'année qui suivit sa mort. — Ils ont eu trois enfants: 2 filles et 1 fils. Chacune des filles a eu plusieurs pneumonies. Le fils n'en a jamais eu, mais il a des enfants qui ont déjà présenté des pneumonies.

OBS. XXVI. — RIESELL. (*Idem.*)

Dans la famille Klapproth, le grand-père est mort de pneumonie. Une de ses filles a succombé à la même affection. Un fils qui vit a déjà eu deux pneumonies. Les enfants

d'un fils sont au nombre de trois : tous ont eu une pneumonie, l'un d'eux en a eu deux. Des enfants d'une fille : l'un a eu une pneumonie, l'autre deux pneumonies.

OBS. XXVII. — FLINDT. (*Cong. int. sc. méd. Copenhague, 1884.*)

Un ménage de sept personnes habite, à Orby, une maison dont l'hygiène ne laisse rien à désirer. Aucune de ces personnes n'a jamais eu de pneumonie et il est certain qu'il n'y en a pas eu, depuis dix ans, un seul cas dans la maison.

Le 21 octobre 1878, la grand'mère prend le lit pour une pneumonie du lobe inférieur droit qui dure sept jours. Aucun membre de la famille n'a visité, dans ces derniers jours, de pneumoniques ; mais toute la famille et particulièrement la grand'mère, a fait de fréquentes visites dans une maison où deux personnes (père et fils) ont eu une pneumonie, il y a deux mois et demi.

Neuf mois et demi plus tard (8 août 1879) pneumonie d'un des petits enfants ; cet enfant n'a pas été en rapport avec d'autres pneumoniques ; le mal occupe le lobe inférieur droit et dure six jours. Au bout de seize mois, le 4 décembre 1880, le père est repris à son tour ; chez lui la pneumonie dure huit jours et occupe tout le poumon droit. Dix mois et demi séparent la pneumonie du père de celle de la mère ; chez cette dernière, la pneumonie éclate le 21 octobre 1881, elle est bilatérale et dure dix jours. Le grand-père est pris à son tour le 12 mai 1882 d'une pneumonie du lobe moyen droit. Le 19 mai 1882, l'enfant, qui a été déjà atteint une première fois est pris d'une récurrence ; la pneumonie a pour siège le sommet droit et dure 7 jours. Enfin un dernier cas de pneumonie est observé, le 18 octobre 1882, chez une jeune servante de 16 ans, venue d'une maison isolée, à 3 kilomètres d'Orby, où il n'y a jamais eu de pneumonies.

OBS. XXVIII. — FLINDT. (*Idem.*)

Le ménage M... est composé de neuf personnes. Le père a déjà eu une première pneumonie à l'âge de 14 ans ; il est atteint, pour la seconde fois, le 15 février 1878 ; la maladie a une durée de 7 jours et demi. Peu de temps après la guérison du fermier, tout le ménage quitte Selsingarde et vient

s'installer à Tannerup. Le 15 novembre 1880, un des garçons, âgé de 6 ans, qui n'était pas sorti depuis trois semaines et n'avait pas été en rapport antérieurement avec des pneumoniques, est atteint de pneumonie gauche. Au mois d'avril 1881, la famille quitte Tannerup et vient résider dans la banlieue de Tragneberg ; le 16 août, un second enfant, garçon de 10 ans et demi est pris d'une pneumonie du sommet droit terminée par guérison. Au début de décembre 1881, nouveau déménagement ; la famille vient habiter Pilemark. Le 27 mai 1882, la pneumonie frappe le fermier, atteint ainsi pour la troisième fois. Le 21 juin enfin, une petite fille de 3 mois est encore victime d'une pneumonie qui entraîne la mort le 4^e jour.

OBS. XXIX. — FLINDT. (*Cong. int. sc. méd. Copenhague, 1884.*)

Une famille de six personnes habitait à Brundby une maison, dans laquelle il n'y avait pas eu de pneumonie depuis dix ans au moins.

Le 1^{er} novembre 1880, le ménage s'accroît par suite de l'arrivée d'une famille de quatre personnes venues d'Orby. Le chef de cette seconde famille a eu, il y a 20 mois, une pneumonie dans le dernier village qu'il vient de quitter.

Le 25 novembre, premier cas de pneumonie dans la famille originaire de Brundby. Second cas, le 2 décembre. La première personne atteinte, belle-mère de celle qui avait eu la pneumonie à Orby, était âgée de soixante ans et, depuis plus d'un mois, elle n'avait pas quitté la chambre.

Nous n'accorderons pas un chapitre spécial pour les cas de contagion de pneumonie chez l'homme par les bêtes à cornes. Il est très probable que les péri-pneumonies de ces animaux sont de même nature que la pneumonie franche aiguë ; mais nous n'avons pas pu rassembler un assez grand nombre de matériaux pour résoudre cette question. Toutefois, le fait suivant semble prouver que la contagion peut se produire des bêtes à cornes à l'homme.

En 1875, dans l'armée anglaise aux Indes, le 1^{er} régiment d'infanterie de Pendjab (Afghanistan) permuta avec le 5^e régiment en garnison à Dhera-Ghasi-Khan. Il fallut traverser des contrées ravagées par une épidémie de pleuro-pneumonie des bêtes à cornes. Une épidémie de pneumonie survint dans ces deux régiments après leur passage dans ces contrées ; elle fut même assez meurtrière, car elle causa plus de 30 décès dans le 1^{er} régiment et il y eut environ 50 morts dans le 5^e.

CHAPITRE III

CONTAGION DE LA MÈRE AU FŒTUS

En 1886, M. Netter publiait (*Arch. de Physiologie*) une observation d'endocardite ulcéreuse primitive à pneumocoques, chez une femme qui avait eu une fausse couche deux mois auparavant. L'autopsie révéla la présence du pneumocoque dans la muqueuse utérine, au point correspondant à l'insertion de l'œuf. Chez une autre femme morte de pneumonie, il trouva l'utérus gros comme un poing et l'examen fit découvrir une grande quantité de pneumocoques dans le mucus utérin et dans le sang de l'organe.

La médecine expérimentale nous apprend, de son côté, que chez le cobaye (Netter) et chez le lapin (Foa et Bordoni-Uffreduzzi) le passage du pneumocoque, comme celui de la bactériémie charbonneuse, se fait à travers le placenta.

Cette transmission a-t-elle lieu chez la femme ? Les observations n'abondent pas, quoique la pneumonie ne soit pas rare chez la femme gravide. Bien souvent la pneumonie reste localisée et exerce une influence peu marquée sur la gestation. D'autres fois, l'avortement ou l'accouchement prématuré, avec mort de l'enfant à brève échéance, ont été signalés. Mais,

jusque dans ces dernières années, la nature parasitaire de la maladie étant inconnue, et les lésions constatées différant de celles de l'adulte, on les attribuait à l'hyperthermie.

Les recherches bactériologiques, seules, pouvaient donner une conclusion probante.

Elles ont été faites dans les trois cas que nous allons citer :

OBS. XXX. — THORNER. (Thèse, Munich, 1884).

Une femme, âgée de 29 ans, enceinte pour la troisième fois, accouche le 16 février 1884, à 2 heures du matin, d'une fille pesant 2,900 grammes. Cette femme a déjà eu une pneumonie dans son enfance. Dans les derniers jours de sa grossesse, elle paraît avoir été exposée aux refroidissements et se sentait souffrante.

16 février. — Frisson, vésicules d'herpès sur la lèvre inférieure, matité à la base droite, avec respiration rude et râles crépitants, vibrations thoraciques exagérées.

L'enfant, malade au moment de la naissance, meurt le 17 février à 3 heures et demie.

A l'autopsie : liquide sanguinolent dans le péritoine, les plèvres, le péricarde ; lobe supérieur gauche plus volumineux et plus ferme, absolument privé d'air et enfoncé sous l'eau ; à la coupe : coloration rouge-brun ; râclage fait sourdre un liquide trouble puriforme ; rate à peine tuméfiée.

L'examen des coupes du lobe supérieur gauche montre l'existence de fibrine dans les alvéoles, en même temps que celle de globules rouges et blancs et de cellules épithéliales. A l'aide de la méthode de Gram, on constate l'existence d'une quantité de microbes dans les alvéoles ; les uns libres dans l'exsudat, les autres inclus dans les cellules. Les mêmes microbes se retrouvent le long des vaisseaux et dans la gaine lymphatique, dans la lumière des vaisseaux sanguins, dans les bronchioles, dans le tissu interalvéolaire. Ils sont surtout en diplocoques, mais forment aussi des cha-pelets plus longs ; ils ont une forme arrondie et sont entou-

rés d'une auréole que l'on ne peut colorer. Ce sont des pneumocoques.

OBS. XXXI. — NETTER (*Comptes rendus hebdomadaires de la Société de biologie*).

M., âgée de 33 ans, entre, le 21 février 1889, dans le service de M. Netter.

C'est une femme vigoureuse, qui n'a jamais été malade et qui a déjà mené à terme cinq grossesses.

Elle est enceinte depuis près de 8 mois.

Le 18 février, elle a été prise d'un frisson violent avec point de côté très pénible et fièvre.

A son entrée on constate une pneumonie franche du sommet droit. Cette pneumonie évolue régulièrement et l'accouchement a lieu sans difficulté le 26 février, le lendemain de la chute de la température. — La résolution de la pneumonie se fait régulièrement et une parotidite suppurée, survenue du côté droit, guérit aussi fort bien.

Les deux premiers jours de sa naissance, l'enfant paraît bien portant; puis il devient jaune, se refroidit, respire difficilement, bien que l'auscultation ne révèle aucun bruit anormal. Le 2 mars, il est presque immobile et il meurt le 3 à 7 heures du matin.

A l'autopsie: hépatisation rouge, vraie, de la plus grande partie du lobe supérieur droit, avec présence de bouchons fibrineux dans les bronches. Une fausse membrane fibrineuse revêt le poumon hépatisé, dont les fragments plongent sous l'eau. Fausses membranes fibrino-purulentes dans les deux cavités pleurales.

Un exsudat fibrineux amène l'accolement des deux feuillets du péricarde. Un liquide fibrineux, jaunâtre infiltre ces fausses membranes autour des vaisseaux qui partent de la base du cœur. Les valvules du cœur sont intactes. Le ventricule et l'oreillette droite renferment un gros caillot fibrineux agonique.

L'espace sous-arachnoïdien, tant à la convexité du cerveau qu'à sa base, est infiltré par un exsudat fibrineux, purulent, d'un jaune légèrement verdâtre.

Dans les deux caisses du tympan exsudat présentant les mêmes caractères.

La recherche des microbes permet de constater leur existence en grande abondance dans les points suivants :

- a) Moules fibrineux du poumon.
- b) Exsudat pleural.
- c) Exsudat du péricarde.
- d) Sang du ventricule gauche.
- e) Caillot du cœur droit.
- f) Pus de méningite cérébrale.
- g) Méningite spinale.
- h) Sérosité des ventricules cérébraux.
- i) Contenu de la caisse du tympan.

On trouve partout un même microbe, présentant tous les attributs morphologiques du pneumocoque.

Les cultures faites sur agar-agar confirment l'examen microscopique.

OBS. XXXII. — LÉVY. (*Arch. für experim. Path.* 1889).

M. A., âgée de 30 ans, meurt d'une pneumonie fibrineuse double, compliquée d'une pleurésie gauche et d'une péricardite, trente-six heures après son accouchement.

L'examen microscopique du liquide pleural et du liquide péricardique montre un grand nombre de pneumocoques. La culture sur gélose et l'inoculation aux souris blanches confirment le fait.

L'enfant amaigri et souffrant meurt 49 heures après sa naissance, d'une pneumonie catarrhale hémorragique avec pneumonie lobaire. — Recklinghausen, qui fit l'autopsie de l'enfant, reconnut que la mort était due à de la pneumonie infectieuse.

L'examen bactériologique (examen microscopique, cultures sur gélose, inoculations à souris blanches) du liquide retiré du ventricule gauche du cœur et du poumon droit, montra que le pneumocoque se trouvait dans le poumon, mais qu'il était surtout en grande abondance dans le sang.

Dans ces trois cas, la pneumonie est nettement constatée chez la mère par les signes cliniques.

Dans l'observation XXXI, qui est la plus com-

plète, la durée normale de la grossesse est diminuée : la femme accouche vers la fin du huitième mois.

La mère meurt dans le cas de Lévy ; l'examen microscopique et les recherches bactériologiques portant sur les liquides pleural et péricardique dénotent de nombreux pneumocoques.

L'enfant est né vivant dans les trois cas et a vécu de trente-six heures à 5 jours.

A l'autopsie, l'examen macroscopique fait constater des lésions de pneumonie et d'infection pneumococcique. Dans les trois cas, enfin, les recherches microscopiques et bactériologiques montrent le pneumocoque en grande abondance dans tous les exsudats.

Les diverses lésions, que l'on trouve non seulement dans le poumon et les plèvres, mais aussi dans le cœur et les vaisseaux, dans la caisse du tympan, dans les méninges, montrent bien que la voie sanguine a été la porte d'entrée du virus.

CHAPITRE IV

CONTAGION PAR LE LAIT DE LA NOURRICE AU NOURRISSON.

On sait aujourd'hui que, pendant la pneumonie, le pneumocoque est susceptible de passer dans le lait; nous avons signalé précédemment les expériences de Bordoni-Uffreduzzi à ce sujet, ainsi que les recherches de Bozzolo.

Ce passage du pneumocoque de la nourrice au nourrisson peut-il développer une infection pneumococcique chez ce dernier?

Cette contagion a été niée pendant longtemps.

Bozzolo, dans une communication à l'Académie de Turin (1888), rapporte l'histoire d'une femme qui nourrissait son enfant depuis six mois, lorsqu'elle contracta une pneumonie gauche, bientôt suivie d'une endocardite et d'une pneumonie droite. L'enfant resta cependant indemne, bien que l'on eut constaté la présence du pneumocoque dans le lait de sa mère.

A une époque plus éloignée, Grisolles, dans son chapitre sur l'influence de la pneumonie sur la grossesse, constate que la pneumonie, comme toutes les maladies fébriles, modifie généralement la sécrétion du lait, et, après avoir signalé cinq cas de

pneumonie chez des nourrices, il s'exprime en ces termes : « Toutes ces nourrices continuèrent d'allaiter
« leurs enfants, même pendant la plus grande acuité
« de la maladie; ce fut sans dommage appréciable
« pour eux, pourvu toutefois qu'on suppléât à l'insuf-
« fisance de nourriture fournie par la mère. Un
« enfant très chétif dépérit et mourut pendant la con-
« valescence de sa mère, sans qu'on puisse affirmer
« que la maladie de celle-ci ait eu d'autre influence
« que de faire donner une nourriture insuffisante. »
Et Grisolle est tellement persuadé que l'existence
d'une pneumonie chez la nourrice ne peut causer,
par elle-même, aucun dommage pour l'enfant, qu'il
termine en donnant le conseil de ne pas retirer l'en-
fant du sein, afin d'entretenir la sécrétion.

Si l'on se souvient des expériences de Bordoni-Uffreduzzi, on est étonné que, dans ces différents cas, il n'y ait jamais eu de manifestations pneumococ-
ciques chez le nourrisson. Le même phénomène, cependant, a été observé pour d'autres microorga-
nismes; il nous suffira de signaler les expériences de M. Pasteur qui, donnant à des animaux une alimen-
tation arrosée d'une culture virulente de bactériidies charbonneuses, n'a observé l'apparition du char-
bon, que lorsque cette alimentation, composée de feuilles de chardon desséché ou de barbes d'épi d'orge, pouvait, par conséquent, produire des petites plaies du tube digestif. — Malgré l'introduction de germes pathogènes dans l'organisme par les voies digestives, il faut donc parfois qu'il y ait lésion de cet appareil pour constater l'éclosion d'une maladie.

Si les exemples de contagion par le lait sont exceptionnels, cela tient aussi probablement à ce que l'alimentation au sein est le plus souvent cessée dès l'apparition d'une maladie. Du reste, l'observation suivante, que nous empruntons à M. Aymard, semble prouver que, dans certains cas, il peut y avoir véritable contagion pneumococcique de la mère au nourrisson par l'intermédiaire du lait.

OBS. XXXIII. — Aymard (Thèse de Paris, 1891). — Victorine A., 19 ans, entre à la salle de travail de la maternité Baudelocque, service de M. le prof. Pinard, le 29 mars 1891 à 7 heures du soir.

Elle accouche le 30 mars, à 4 heures du matin, d'un enfant vivant pesant 3,210 grammes.

Les trois jours qui suivirent l'accouchement, c'est-à-dire les 30, 31 mars et 1^{er} avril, la mère se porte bien. La température oscille entre 36°8 et 37°2. — Les suites de couches sont normales, et l'enfant qui se porte aussi très bien, est allaité par sa mère.

Le 2 avril, la femme a un frisson violent; le soir, apparaît, à droite, un point de côté assez intense, puis de la dyspnée. — Toux quinteuse et fréquente. — M. Patocki, chef de clinique, diagnostique une pneumonie droite. — On décide de faire passer la malade au pavillon d'isolement et son enfant, qui avait tété la mère jusqu'à ce moment, est confié à une nourrice.

Victorine A. meurt le 5 avril, à 5 heures du soir.

A l'autopsie, faite par M. le D^r Chambrelent, on constate une hépatisation rouge caractéristique de tout le lobe inférieur droit.

Comme nous l'avons dit, l'enfant avait été séparé de sa mère le 3 avril; — jusqu'au 4 avril, il ne présente rien de particulier; — Le 4 avril au soir, il eut de la fièvre, un peu de diarrhée et prit moins bien le sein de la nourrice; — Le 6 avril, il est très agité, il a des vomissements, il pâlit; le ventre est ballonné; il a de la diarrhée verte; il pousse des

cris, a des soubresauts convulsifs et des contractures. — Le 9 avril, il est plus calme; mais il meurt à 6 heures du soir dans une sorte de coma.

A l'autopsie, M. Netter trouva des lésions de péritonite fibrino-purulente et de méningite cérébro-spinale suppurée. — Dans le péritoine, comme dans les méninges, présence exclusive de pneumocoques.

Il n'est pas douteux dans ce cas, que l'enfant ait été contagionné par sa mère et cela par le lait.

La contagion ne s'est certainement pas faite, en effet, par l'intermédiaire du placenta, puisque ce n'est que quatre jours après l'accouchement que la pneumonie apparaît chez la mère et que l'enfant ne tombe malade que six jours après sa naissance.

On pourrait, il est vrai, objecter que la pneumonie a eu la même origine chez les deux sujets. — Cependant l'intervalle de deux jours et demi dans le début de la maladie, ainsi que les localisations différentes du pneumocoque dans les deux cas, semblent infirmer cette hypothèse. Nous remarquons, de plus, que les symptômes abdominaux (diarrhée, vomissements, ballonnement du ventre) ont précédé, chez l'enfant, les symptômes de méningite et nous sommes ainsi amenés à partager l'opinion de MM. Pinard et Aymard, qui admettent la contagion de l'enfant par le lait de sa mère. — Les expériences sur des animaux, entreprises par M. Aymard en cette occasion, fournissent du reste un nouvel argument en faveur de cette idée.

Arrivé au terme de l'Etude clinique de la contagion dans la pneumonie, nous voyons que cette affection présente de grandes analogies avec la plupart des

autres maladies contagieuses. Dans ces dernières, en effet, il existe une période d'incubation entre le moment où une personne saine a été en contact avec un malade et celui où cette personne est atteinte à son tour; cette même période existe, plus ou moins longue, dans la contagion de la pneumonie. Quelle est la durée de cette incubation? Nous ne pensons pas pouvoir la fixer d'après les quelques observations que nous avons signalées; il faudrait pour cela s'appuyer sur de plus nombreux matériaux. Disons toutefois que, selon M. Netter, cette période est en moyenne de cinq jours; mais il est bien difficile d'établir une règle générale, car la prédisposition, la plus ou moins grande virulence de l'agent contagieux et surtout le contact plus ou moins intime viennent souvent modifier la durée de cette incubation.

Un autre point de ressemblance avec certaines fièvres éruptives, telles que la variole, la scarlatine, ainsi qu'avec la diphtérie, résulte de ce fait, que la contagion peut s'exercer au bout d'un temps plus ou moins éloigné après la terminaison de la pneumonie.

Si nous ajoutons, enfin, qu'il existe, parfois, de nombreuses récidives dans la pneumonie, comme cela s'observe dans l'érysipèle, nous voyons que la pneumonie rentre bien dans le cadre des maladies générales, ainsi que l'a toujours soutenu l'École de Montpellier.

TROISIÈME PARTIE

PROPHYLAXIE

Des faits cliniques que nous venons de rapporter, il résulte, qu'il suffit quelquefois d'une simple visite à un pneumonique pour contracter la même maladie. Mentionner le fait, c'est indiquer aux médecins traitant des pneumonies, les mesures qu'ils devront prendre pour eux-mêmes, et surtout en vue de ne pas contagionner leur entourage habituel. Nous savons, en effet, qu'une personne, tout en restant indemne, peut transmettre la pneumonie dont elle a puisé le contagion auprès d'un malade.

En ville, il faudra conseiller aux personnes qui soignent le malade, d'éviter la fatigue, le refroidissement et tout ce qui peut favoriser le développement de la pneumonie. On leur recommandera, surtout, de ne jamais coucher dans la même chambre et moins encore dans le même lit. Leur expliquer le rôle que les microbes, contenus dans l'expectoration, peuvent jouer dans la suite, c'est leur faire comprendre le soin qu'ils devront avoir de recueillir les crachats, de les détruire, ou tout au moins de les rendre inoffensifs par des additions antiseptiques. — L'usage des crachoirs, qu'on pourrait brûler, serait à conseiller. — L'antisepsie de la bouche et

de l'arrière-gorge se trouve indiquée par la présence du pneumocoque dans la salive des convalescents de pneumonie, et même dans celle des gens en bonne santé. Les gargarismes et les lavages répétés de la bouche préviendront chez l'entourage l'exaltation du virus pneumonique, s'il existe; empêcheront sa pullulation, s'il a été communiqué; et chez le convalescent, s'opposeront à ce qu'il soit une source continue de contagion.

Si la pneumonie se déclare chez la mère ou chez la nourrice, on rappellera aux parents le danger qui pourrait en résulter pour l'enfant encore au sein.

A l'hôpital enfin, nous n'irons pas jusqu'à demander l'isolement complet, à cause du peu de diffusibilité du contage pneumonique; toutefois, on devra placer systématiquement le ou les sujets atteints de pneumonie dans les parties retirées des salles; les autres malades ne seront pas aussi exposés à être en contact avec eux. On pourra plus facilement isoler le lit du pneumonique par des vaporisations antiseptiques, comme nous l'avons vu faire. Quant aux lits contigus, on devra veiller à ce qu'ils ne soient pas donnés à des bronchitiques, à des tuberculeux, à des convalescents de typhoïde, etc., à tous ceux dont les voies respiratoires présentent une faible résistance à l'envahissement du pneumocoque.

La désinfection des objets ayant servi à des pneumoniques, qu'il y ait eu mort ou non, nous semble s'imposer à l'hôpital, et en ville.

CONCLUSIONS

I. — La pneumonie franche aiguë peut être contagieuse.

II. — Le contagé pneumonique est susceptible d'une certaine diffusibilité.

III. — Après la pneumonie, la contagion peut s'exercer par des objets inertes, ayant été en rapport avec des pneumoniques.

IV. — L'infection pneumococcique peut se transmettre de la mère au fœtus, et de la nourrice au nourrisson.

V. — En présence d'une pneumonie, il faut toujours prendre des mesures prophylactiques.

Vu : *Le doyen,*

Vu : *Le Président de thèse,*

P. BROUARDEL.

STRAUSS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AYMARD. — *Thèse de Paris*, 1891.
BERNHEIM. — *Clinique médicale*, 1877.
BORDONI-UFFREDUZZI. — *Centralbl. f. Klin. med.*, 1892.
BOUCHARD. — *Semaine médicale*, 1890.
BOULAY. — *Bibliothèque Charcot-Debove*, 1893.
BUTRY. — *Arch. Klin. med.* 1881.
FLINDT. — *Congrès international des sciences médicales de Copenhague*, 1884. *Kjobenharn*, 1882.
FOA ET BORDONI-UFFREDUZZI. — *Arch. per le scienze mediche*, 1887.
GAMALEIA. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888.
GRASSET. — *Montpellier médical*, 1878.
GRISOLLE. — *Traité de la pneumonie*, 1864.
HARDOVICHE. — *Gazette médicale de Paris*, 1875.
HERR. — *Verhandlungen des Naturhistorischen Vereins der Kleinländer und Westphalens*.
LÉVY. — *Arch. für experimen. Path.*, 1889.
MENDELSON. — *Zetischrift. für. Klin. méd.*, 1884.
MULLER. — *Arch. Klin. med.*, 1877.
NETTER. — *Arch. gén. de méd.*, 1887, 1888 ; — *Arch. de physiologie*, 1886 ; — *Bul. de la Soc. Anat.*, 1886, 1887, 1888 ; — *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1889 ; — *Traité de médecine*, 1893.
PROBY. — *Lyon médical*, 1889.
RIESELL. — *Vierteljahrschrift f. gericht madian*, 1883.
SECRÉTAN. — *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 1885.
SÉE. — *Mal. spécifiques du poumon*, 1885.
TALAMON. — *Soc. Anat.*, 1883.
THORNER. — *Thèse Munich*, 1884.

